

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

※下記の注意事項を必ずお読みになってから申請ください。

- ・この申請書は市区町村住民税非課税等の低所得者用です。
- ・市区町村住民税が非課税であっても標準報酬月額が一定基準（70歳未満：53万円、70歳以上：28万円）以上ある場合は認定されません。
- ・紙の認定証は資格確認書をお持ちの方にのみ交付します。

【区分】

- (オ) 70歳未満で市区町村住民税非課税である被保険者もしくはその被扶養者
- (ロ) 70歳以上で市区町村住民税非課税である被保険者もしくはその被扶養者
- (イ) 70歳以上で被保険者およびその被扶養者全員が市区町村住民税非課税で、所得が一定基準（年金収入80万円以下等）を満たす人等

【必要添付書類】

- ・被保険者の非課税証明書（交付日から3か月以内のもの）  
※診療月が4月～7月の場合は前年度の、8月～翌3月の場合は当年度の非課税証明書

\*太枠線内を記入してください。

提出年月日		令和 年 月 日	
被保険者等記号・番号			
記号	番号	被保険者氏名	フリガナ (氏) (名)
事業所(会社)名称	※任意継続の方は記入不要。		所屬 電話番号 (TEL: )
被保険者住所	〒 - (TEL: ) ※平日の日中にご連絡可能な電話番号を記入してください。		
認定証の送付先(※上記住所と同じ場合は記入不要)	受取人氏名	被保険者との続柄	受取人連絡先 TEL:
発効希望月(いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 提出年月日の属する月 <input type="checkbox"/> 保有している認定証の有効期限の翌月 <input type="checkbox"/> 上記以外(き損・滅失、会計未払い等) 令和 年 月		
対象者氏名(使用される方)	フリガナ	生年月日	性別 男・女 続柄
対象者の傷病の原因(あてはまるものに✓)	1. 第三者の行為(交通事故・暴力行為等)に該当しますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2. 通勤途中または業務中のものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※上記1または2で「はい」に該当する方は、事前に当健保組合へご連絡ください。		
医療費助成の有無	国や地方自治体から、医療費助成を受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 (受けていなければ記入不要)		
助成制度の名称(あてはまるものに✓)	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療 <input type="checkbox"/> 乳幼児(子ども)医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他(助成制度の名称)		
市区町村で発行された受給券の有効期限	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
長期入院の有無	申請日前1年間に入院期間が90日を超えますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (※市区町村税が課税されていない期間の入院期間に限る)		
長期入院欄①	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)	
	名称	(TEL: )	
長期入院欄②	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)	
	名称	(TEL: )	

健保組合使用欄

発効年月日	令和 年 月 日	健康保険組合 (承認)		
有効期限	令和 年 月 日	事務長	主任	担当
適用区分	オ・低II・低I			
長期(90日超)	該当・非該当			

受付日付印